Statistik der Wochenbetterkrankungen an der Königl. Charité-Frauen-Klinik zu Berlin vom 1. 10. 1910—30. 9. 1911.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

Von

Kurt Walther
aus Berlin
Assistenzarzt b. 3. Lothr. Inf.-Reg. Nr. 135.

Tag der Promotion: 6. Dezember 1911.

Emil Ebering, Verlagshandlung, Berlin NW., Mittelstr. 39.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Franz.**

Dem Andenken an meine lieben Eltern.

Statistik

der Wochenbetterkrankungen an der Königl. Charité-Frauen-Klinik zu Berlin vom 1. 10. 1910—30. 9. 1911.

Ehe ich auf die Statistik im einzelnen näher eingehe, will ich zunächst auseinandersetzen, unter welchen Umständen die Frauen in dieser Anstalt entbunden und im Wochenbett verpflegt werden. Jede Frau wurde vor der Geburt mit Wasser und Seife gewaschen und bekam ein Reinigungsklystier. Nach erfolgtem Stuhlgang wurden auf dem Untersuchungsstuhl die Schamhaare mit der Schere gekürzt und die äußeren Genitalien mit Wasser und Seife abgewaschen. Dann folgte eine Waschung mit 0,1 % Sublimat; eine Scheidenspülung fand nicht statt. Die subjektive Desinfektion des Untersuchers oder Assistierenden vollzog sich so: Zuerst 5 Minuten lang Waschen der Hände und Unterarme bis zum Ellenbogen mit heißem Wasser, Seife und Unterarme bis zum Ellbogen mit heißem Wasser, Seife wasser, Seife, Bürste, Abtrocknen mit sterilem Tuch, 5 Minuten Alkohol, 3 Minuten Sublimat. Bei Operationen wurden außer dieser Desinfektion noch sterile Gummihandschuhe verwendet. Nach der Entbindung, wenn man sich überzeugt hatte, daß der Uterus gut kontrahiert war, und keine Verletzungen an den Genitalien stattgefunden hatten, sowie keine Blutung bestand, wurde die Wöchnerin auf die Wochenbettabteilung verlegt. Bei normalem Verlauf des Wochenbettes

stand die Wöchnerin am 6. Tage auf und wurde am 7. entlassen.

Im ganzen wurden in dem bereits erwähnten Zeitraum vom 1. X. 1910 bis 30. IX. 1911, also innerhalb eines Jahres 3052 Frauen entbunden. Davon starben im Wochenbett 9; das ergibt eine Mortalität von 0,3 %. Die Todesfälle verteilen sich auf die einzelnen Monate wie folgt:

Oktober	1910	256	Entbindungen	kein Todesfall,
November	1910	249	„	2 Todesfälle,
Dezember	1910	249	„	kein Todesfall,
Januar	1911	243	„	1 Todesfall,
Februar	1911	262	„	kein Todesfall,
März	1911	257	„	1 Todesfall,
April	1911	270	„	2 Todesfälle,
Mai	1911	267	„	3 Todesfälle,
Juni	1911	263	„	kein Todesfall,
Juli	1911	261	„	kein Todesfall,
August	1911	237	„	kein Todesfall,
September	1911	238	„	kein Todesfall.

Hierbei waren folgende Erkrankungen als Todesursache festzustellen:

Sepsis puerperalis	2 mal,
Endometritis septica	1 mal,
Eklampsie	4 mal,
Uterusruptur	2 mal.

Im folgenden gebe ich den Verlauf des Wochenbettes derselben wieder:

1. Elise S., 23 Jahre alt, I. para. 7. Monat der Schwangerschaft. Entbindung am 23. XI. 1910 durch Metreuryse; nachfolgend Austastung und Scheidentamponade.

24. XI. 1910: Entfernung der Tamponade. Eisblase. Secale.

25. XI.: Schmieriger Ausfluß. Lungenschall rechts gegen links verkürzt; vorn über dem Mittellappen rechts Knisterrasseln. Abendtemperatur 39,4. Kodein 10 Tropfen.

26. XI.: Patientin hat nach 0,01 Morphium gut geschlafen.

27. XI.: Hinten über dem rechten Unterlappen Dämpfung, verschärftes Atmen, Knisterrasseln. Abendtemperatur 40,3.

28. XI.: Patientin leidet an Durchfällen. Abendtemperatur 38,2.

30. XI.: Immer noch Durchfälle. Patientin sieht auffallend anämisch aus; klagt fortgesetzt über Atemnot.

1. XII.: Atemnot nimmt zu. Puls frequent, Digalen. Vorn links bronchitische Geräusche, vorn rechts Schallabschwächung, hinten rechts unten bis zur Mitte der Skapula gedämpft. Die Punktion im Bereich der Dämpfung ergibt ein eitriges Exsudat.

2. XII.: Exitus letalis.

Sektionsbefund: Sepsis puerperalis. Metastatische

Abszesse beider Lungen. Emphysem. Keine größeren Abszesse in den Lungen. Fettleber. Fettige Degeneration der Nieren. Endometritis septica puerperalis. Myometritis. Umschriebene Thrombophlebitis uteri et Parametrii sinistri. Salpingitis purulenta. Vereitertes Corpus lutum im rechten Ovarium, perforiert. Peloeoperitonitis.

2. Hedwig D., 28 Jahre alt, I. para. 8. Schwangerschaftsmonat. Zwillinge. Zangengeburt des zweiten. Manuelle Lösung der Placenta. Entbunden am 19. I. 1911.

20. I. 1911: Patientin sieht sehr blaß aus. Bauchdecken sind gespannt. Uterus sehr druckempfindlich. Ausfluß sehr reichlich und sehr übelriechend. Zunge stark belegt. Secale, Eisblase, Opiumzäpfchen.

22. I.: Leib nicht so aufgetrieben und nicht so druckempfindlich. Patientin hatte Stuhl nach Rizinus und Einlauf. Temperatur 38,4. Puls 130. Patientin soll viel trinken. Blutentnahme (nichts gewachsen). Abends Fieberdelirium. Will aus dem Bette, spazieren gehen, usw.

25. I.: Leib rechts immer noch druckempfindlich.

26. I.: Systolisches Geräusch über der Mitralis, ebenso über Aorta und Pulmonalis. Digalen. Schüttelfrost.

27. I.: Oedeme des rechten Beines und der kleinen Labien. Reichlicher Ausfluß, schmierig und stinkend. Rechts neben dem Uterus Resistenz und Druckempfindlichkeit; Uterus fast bis zum Nabel reichend. Links neben dem Uterus ebenfalls Resistenz und Druckempfindlichkeit. Unterhalb der

Urethra eine 5 Pfg.-Stück große nekrotische Stelle in der Scheidenschleimhaut.

28. I.: Exitus letalis.

Sektionsbefund: Sepsis puerperalis. Schlaffes Herz mit Dilatation beider Ventrikel. Intimaverfettung der Aorta. Thrombophlebitis septica der Vena uterina, im Anfangsteil der linken und des ganzen Verlaufs der rechten Vena spermatica interna, der rechten Vena renalis und suprarenalis. Obliteration der rechten Pleurahöhle. Aspiration von Mageninhalt. Kleine Geschwüre im Colon ascendens. Parenchymatöse Degeneration von Leber und Nieren. Gallensteine. Milztumor. Endometritis septica. Corpus luteum im rechten Ovarium.

3. Agnes S., 41 Jahre alt. I. para. 8. Monat der Schwangerschaft. Vor der Geburt 39,5 Temperatur. Am 27. IV. 1911 Schüttelfrost. Entbindung am 1. V. 1911. Steißlage. Extraktion nach Veit-Smellie.

2. V. 1911: Schwellung und Rötung der Grundgelenke des rechten Mittel- und kleinen Fingers. Druckempfindlichkeit der Innenseite des rechten Kniegelenkes. Diagnose Sepsis (?).

3. V.: Patientin redet etwas wirr. Neue Gelenke nicht ergriffen. Die oben beschriebenen noch ziemlich geschwollen und gerötet.

4. V.: Starke Schwellung des linken Handrückens im Verlauf der Sehnen des 2., 3., 4. und 5. Fingers. Rechter

Zeige- und Mittelfinger geschwollen. Leib ziemlich stark aufgetrieben. Rechte Wade geschwollen. Patientin macht einen benommenen Eindruck.

4. V.: Abends und nachts starke Delirien. Starker schmieriger Ausfluß.

5. V.: Exitus letalis.

Sektionsbefund: Endometritis septica. Hypertrophie und Dilatation des linken Herzens. Doppelseitiges Lungenödem. Geringe Fettleber. Große weiche Milz. Verfettung beider Nieren. Intramurales Fibromyom des Uterus. Cystische Erweiterung des abdominellen Endes der rechten Tube. Endometritis septica. Fibrinös-eitrige Peritonitis.

4. Lucie U., 22 Jahre alt, I. para. 10. Monat der Schwangerschaft. Entbunden außerhalb der Anstalt am 4. XII. 1910. Vor der Entbindung 3 Anfälle von Eklampsie. Nach der Entbindung im ganzen 11 Anfälle.

5. XII. 1910: Ueber beiden Unterlappen verkürzter Klopfschall; Atemgeräusch rauh, abgeschwächt, stellenweise hin und wieder trockenes Rasseln. Probepunktion in der rechten Pleurahöhle ergibt keine Flüssigkeit.

6. XII.: Immer noch tiefstes Koma mit Oedem des Gesichtes und der Extremitäten. Da die Diurese absolut nicht in Gang kommen will, wird die doppelseitige Decapsulatio renum beschlossen. Gleich nach Beendigung der Operation Exitus.

Sektionsbefund: Eklampsie. Geringe Verdickung

der Schließungsränder der Mitralis. Kleine eklamptische Herde der Leber. Vergrößerte Milz mit abnormen Furchungen. Parenchymatöse Degeneration der Nieren. Corpus luteum im rechten Ovarium.

5. Martha K., I. para. 10. Monat der Schwangerschaft. Stadtgeburt, normal. Schon vor der Geburt hatten geschwollene Füße und gedunsenes Gesicht bestanden. Sechs Stunden nach der Geburt erster eklamptischer Anfall, sogleich bewußtlos. Dauernd tief komatös, schnarchende Atmung; Pupillen mittelweit.

10 Uhr: Pulsus parvus, frequentissimus, flackernd. Starke Dyspnoë.

10 Uhr 35 Min.: 4 Minuten langer Anfall.

10 Uhr 45 Min.: Durch Katheter 30 ccm Urin entleert.

11 Uhr: Entnahme von 42 ccm Lumbalflüssigkeit, die unter mäßigem Druck abfließt.

11 Uhr 30 Min.: Kampherinjektion. Puls etwas kräftiger.

12 Uhr: Starkes Röcheln.

12 Uhr 20 Min.: 5. Anfall, in dessen Verlauf die Atmung ausbleibt. Künstliche Atmung und Herzmassage ohne Erfolg. Exitus.

Sektionsbefund: Eklampsie. Hyperämie und Oedem beider Lungen. Zahlreiche eklamptische Herde in der Leber. Ausgedehnte Verfettung beider Nieren.. Puerperaler Uterus. Corpus luteum im rechten Ovarium.

6. Anna K., 27 Jahre alt. I. para. 10. Monat der

Schwangerschaft. Entbindung am 24. V. 1911 außerhalb der Anstalt durch die Zange. Vor der Entbindung 2 eklamptische Anfälle. 32 Anfälle nach der Entbindung.

25. V. 1911: Temperatur 40,4.

1 Uhr nachm.: Lumbalpunktion, 300 ccm in Tropfen entleert; danach intravenös 1600 ccm Kochsalzlösung.

3 Uhr 45 Min. nachm.: Ziemlich starker Schweißausbruch.

4 Uhr nachm.: Puls regelmäßig, kräftig, 92. Temperatur 41,2.

10 Uhr nachm.: Temperatur 41,0. Blutentnahme 200 ccm. Kochsalz intravenös 1000 ccm.

26. V., 3 Uhr 25 Min. vorm.: Exitus letalis.

Sektionsbefund: Eklampsie. Geringe Hypertrophie beider Ventrikel des Herzens. Intimaverfettung der Aorta. Bronchopneumonie und Hypostase in beiden Unterlappen, Randemphysem. Spitzenadhäsion rechts, Fettembolie. Darmemphysem. Verkalkte und verkäste Mesenterialdrüsen. Spärliche eklamptisch-nekrotische Herde in der Leber, Gallensteine. Uterus puerperalis. Rotes Knochenmark. Geringe pelveoperitonitische Adhäsionen.

7. Martha W., I. para. 10. Monat der Schwangerschaft. 6. IV. 1911 entbunden eingeliefert. Vor dem Partus 16 Anfälle. Oedem der Beine.

8. IV. 1911: Cyanose der Lippen. Ueber der Lunge hinten links leichte Dämpfung. Rauhe Atemgeräusche. Das

Gesicht ist heute gedunsener als gestern, die Oedeme sind etwas zurückgegangen. Puls 140.

8. IV., 6 Uhr nachm.: Entnahme von 500 ccm Blut und subkutane Infusion von 1000 ccm isotonischer Rohrzuckerlösung (15:1000).

10 Uhr 45 Min. nachm.: Injektion von 36 ccm Serum einer Schwangeren (24jähr., II. para) intravenös. Patientin schwitzt ab und zu.

9. IV., 12 Uhr mittags: Lumbalpunktion und Entnahme von 60 ccm Spinalflüssigkeit. Mäßiger Druck.

5 Uhr 45 Min. nachm.: Kochsalzinfusion 800 ccm intravenös und 500 ccm subkutan.

10. IV., 8 Uhr vorm.: Temperatur 42,2. Exitus.

Sektionsbefund: Eklampsie. Beginnende Pneumonie in beiden Unterlappen. Lungenödem. Kleine vereinzelte Blutungen in der Leber. Schlaffe Milz. Sehr schwere parenchymatöse Degeneration beider Nieren. Status puerperalis uteri mit Cervixriß.

8. Ludwiga W., 21 Jahre alt. I. para. Placenta praevia. Einlegen eines Ballons. Nach Metreuryse Herunterholen eines Fußes. Manuelle Placentarlösung. Linksseitiger Cervixriß, der umstochen wird. Damm bis zum Sphinkter gerissen. Naht.

7. III. 1911: Puls nach der Operation sehr frequent, aber leidlich gefüllt.

7 Uhr nachm. wird der Puls plötzlich schlechter, fast

nicht mehr fühlbar. Extremitäten warm, keine Dyspnoë, so daß zunächst an einen Herzkollaps gedacht wird. Nach intravenöser Strophantininjektion und Kochsalzinfusion wird der Puls besser.

11 Uhr nachm.: Neuer Kollaps, heftige Dyspnoë (innere Blutung?). Beim Eingehen mit der Hand kommt man auf einen dicht bis zum äußeren Muttermund durchreichenden, tief bis ins Parametrium sich erstreckenden, linksseitigen Cervixriß. Beim Versuch der Tamponade Exitus letalis.

Sektionsbefund: Uterusruptur. Anämie aller Organe. Hypertrophie des linken Ventrikels, Thrombose der rechten Vena spermatica. Cervixriß. Etwa 10 cm lange Uterusruptur von dem äußeren Muttermund nach links. Der Riß reicht bis zum Peritoneum. An der hinteren Uteruswand lappenförmiger Placentarrest. Links hinten liegt ein von Cervix uteri bis zur linken Niere reichendes extraperitoneales Hämatom.

9. Anna F., 34 Jahre alt. XVI. para. 10. Monat der Schwangerschaft. 2. Querlage.

24. V. 1911: Wendung. Geringe Nachblutung, die auf Ergotin nicht vollkommen steht.

24. V., 4 Uhr nachm.: Es hat bei gut kontrahiertem Uterus und anfangs gutem Allgemeinbefinden eine mäßig sickernde Blutung bestanden. Jetzt ist der Puls frequenter und kleiner, als die Blutung rechtfertigt.

Einstellen der Portio: In der Scheide dickes Blutgerinnsel.

Links ein bis ins Scheidengewölbe reichender Cervixriß, aus dem ebenfalls dicke Blutkoagula hervorragen. Beim Eingehen mit der Hand findet man, daß der Riß das linke Parametrium durchsetzt, und daß sich bis hinauf ins Ligamentum latum eine große Höhle vollgeblutet hat. Tamponade der Scheide und Sandsack auf den Bauch.

5 Uhr 45 Min. nachm.: Linksseitiger Flankenschnitt. Das Ligament und das hintere Peritonealblatt bläulich durchschimmernd. Es wird von der Scheide her mit der Hand in die Hämatomhöhle eingegangen, dann auf die Hand hin vom Flankenschnitt her das Hämatom freigelegt und drainiert. Gegendrainage von der Vagina.

Während der letzten Phasen der Operation ist der Puls nicht mehr zu fühlen, starke Dyspnoë. Kurz nach Schluß der Operation Exitus letalis.

Sektionsbefund: Gebärmutterzerreißung. Trübe Muskulatur des Herzens mit Dilatation der Ventrikel. Geringes Lungenödem. Schwellung und Trübung der Leber. Frische Pulpahypertrophie der Milz. Multiple Schrumpfherde in der rechten Niere. Katarrh des Nierenbeckens. Ruptur der Cervix zwischen Orificium uteri externum und internum und Blutung in das linke Ligamentum latum. Operationswunde der linken Leistengegend mit extraperitonealer Eröffnung des Blutherdes. Drainage der Höhle.

Diese tödlich verlaufenden Erkrankungen im Wochenbett sind nun mit Ausnahme der beiden Fälle von Sepsis

und der Endometritis septica keine reinen Puerperalerkrankungen, so daß wir unter Fortlassung dieser eine Puerperalmortalität von 0,1 % bekommen.

Nach Fromme haben wir nach einer großen Anzahl von Statistiken mit einer Anstaltsterblichkeit von 0,1—0,2 % zu rechnen. Unsere Mortalitätsziffer von 0,1 % würde also mit den Angaben Frommes übereinstimmen.

Vergleichen wir unser Ergebnis mit dem anderer Statistiken, so zum Beispiel mit einer Statistik von Unterberger, die dieser für die Kindbettsterblichkeit im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin während des Jahres 1900 aufgestellt hat. Danach betrug die Mortalität 0,43 %. Von 173406 Wöchnerinnen starben 75, und zwar:

an Puerperalfieber	27
an Folgen der Geburt	12
an Eklampsie	14
an Tuberkulose	5
an Pneumonie und Pleuritis	4
an Embolie	4
unabhängig von der Geburt	9

Eine Mortalitätsstatistik von van Tussenbrock für die Niederlande weist folgende Zahlen auf:

1865	starben	von	2254	Wöchnerinnen	18	= 1	auf	134	= 8,1	p. m.
1875	„	„	2536	„	27	= 1	„	94	= 10,6	„ „
1885	„	„	3013	„	27	= 1	„	111	= 9,0	„ „
1895	„	„	3269	„	15	= 1	„	217	= 4,6	„ „
1900	„	„	3332	„	14	= 1	„	238	= 4,2	„ „

Und nach derselben Quelle belief sich die Sterblichkeit an der Amsterdamer Frauenklinik auf 0,8 %.

Wie schlecht in dieser Beziehung die Verhältnisse vor Einführung der A- und Antisepsis waren, zeigen die Zahlen aus den Kliniken im 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts. In der Pariser Maternité starben 1829 von 2788 Wöchnerinnen 252, in Wien 1823 von 100 Wöchnerinnen durchschnittlich zu Zeiten 20! Noch im Jahre 1842 starben in Halle fast 16 %, im Jahre 1846 von 4000 Wochnerinnen 459 und 1854 von 4593 Wöchnerinnen 400. Auch in den Berliner Gebärkliniken war es nicht besser. Allerdings wurden hier nach Velde Zeiten erreicht, in denen nur 1 % Mortalität zu verzeichnen war, dafür erkrankte aber in den 50er und Anfang der 60er Jahre jede dritte Wöchnerin an schwerem Kindbettfieber und jede sechste starb.

Man müßte annehmen, daß entsprechend der Mortalität auch die Morbidität zurückgegangen sein müßte. Die Morbidität ist zwar im Rückgange begriffen, aber absolut nicht in dem Maße, wie man dies nach dem Sinken der Mortalitätsziffer annehmen müßte. Ja, nach Fromme ist in den letzten 10 Jahren ein weiteres Sinken der Fieberfälle in den Anstalten nicht oder nur gering eingetreten. Und wir müssen nach seiner Berechnung immerhin noch mit einer Anstaltsmorbidität von 10—15 % rechnen.

Wie verhält es sich nun in dieser Hinsicht bei unserer Statistik?

Von den Erkrankungen, die hier in dem bereits erwähnten Zeitabschnitte auftraten, will ich zunächst die spezifischen, d. h. die speziell von den Genitalien ausgehenden Krankheitsfälle ins Auge fassen. Es kamen zur Beobachtung:

2 Fälle von Sepsis puerperalis,
3 „ „ Endometritis,
8 „ „ Parametritis,
5 „ „ Mastitis,
6 „ „ Thrombophlebitis.

Die übrigen Erkrankungen, welche zum Teil schon vor der Geburt bestanden und im Verlauf des Wochenbettes eine Verschlimmerung erfuhren, sowie die, welche unmittelbar im Anschluß an eine Operation bei der Geburt entstanden, schließlich auch diejenigen, welche wohl erst im Wochenbett auftraten, ihrer Natur nach aber nicht zu den spezifischen zu rechnen sind, waren folgende:

34 Fälle von Eklampsie,
2 „ „ Uterusruptur,
7 „ „ Nephritis,
6 „ „ Cystitis,
3 „ „ Pyelitis,
5 „ „ Gonorrhöe,
1 Fall „ entzündeten Varicen,
1 „ „ Pneumonie,
1 „ „ akutem Gelenkrheumatismus.

Bei diesen 84 Fällen war man imstande, eine genaue Diagnose zu stellen.

Hierzu kommen die Fälle von Temperatursteigerung, deren Ursache auf eine Stauung von Lochialsekret zurückzuführen war, im ganzen 7.

Sodann diejenigen, wo die Temperaturerhöhung sich durch den gleichzeitig bestehenden eitrigen, übelriechenden Ausfluß erklären ließ, im ganzen 67.

Sodann 167 Fälle von Temperatursteigerung, in welchen kein lokaler oder allgemeiner Befund erhoben werden konnte, sogenanntem Eintagsfieber.

Bei 3052 Wöchnerinnen hätten wir somit eine Morbidität von 318 Fällen = 11,6 %. Normal verliefen demnach 2734 Wochenbetten = 88,4 %.

Wenn wir nun die einzelnen Erkrankungen näher ins Auge fassen, so habe ich der 2 Fälle von Sepsis puerperalis und eines Falles von Endometritis septica bei der Mortalität bereits Erwähnung getan.

2 weitere Fälle von Endometritis zeigten einen durchaus normalen Krankheitsverlauf und führten zu definitiver Heilung.

Von den 8 Parametritiden abszedierten zwei und mußten inzidiert werden; alle 8 Fälle heilten befriedigend aus.

Auch von den 5 an Mastitis erkrankten Frauen mußten zwei, bei denen sich ein Abszeß gebildet hatte, inzidiert

werden. Auch diese nahmen durchweg einen günstigen Verlauf.

Die 6 Fälle von Thrombophlebitis wurden sämtlich durch Hochlagerung der betreffenden Extremität und feuchte Einpackungen behandelt und verließen die Anstalt.

Von den 34 Eklampsien nahmen, wie bereits erwähnt, 4 einen letalen Ausgang. Die übrigen konnten nach längerem oder kürzerem Wochenbett geheilt entlassen werden.

Von den 7 Nephritiden ging eine in chronische Nephritis über; die anderen konnten alle geheilt entlassen werden.

3 Fälle von Cystitis wurden geheilt; 3 zur weiteren Behandlung der Poliklinik überwiesen.

Die drei an Pyelitis erkrankten Frauen konnten die Anstalt als geheilt verlassen.

5 Frauen, bei denen eine Gonorrhöe das Wochenbett komplizierte, wurden poliklinisch weiter behandelt.

Der Fall von entzündeten Varicen wurde in kurzem durch Umschläge zur Heilung gebracht.

Die beiden Fälle von Pneumonie und akutem Gelenkrheumatismus wurden zur Behandlung auf die innere Klinik verlegt.

Was die Temperatursteigerungen im Wochenbett anbetrifft, so ist, wie auch in unserer Statistik, in den weitaus meisten Fällen die Aetiologie unaufgeklärt. Bei subjektivem Wohlbefinden steigt zu irgendeiner Tageszeit während des Wochenbettes die Temperatur der Wöchnerin selten unter

begleitendem Schüttelfrost ausnahmsweise auf 40° und darüber an, um oft im Verlauf weniger Stunden zur Norm abzufallen. Und dabei ergibt sich dann der merkwürdige Umstand: das Allgemeinbefinden ist nicht gestört, weder während noch vor oder nach dem Fieberanfalle ist irgendein objektiver krankhafter Befund zu erheben. Es ist viel und lange über diese Form des Wochenbettfiebers geschrieben und gestritten worden, und doch ist die Aetiologie noch immer nicht außer Zweifel gestellt. Daß in vielen dieser Fälle, vielleicht in der Mehrzahl, eine Infektion als Ursache anzunehmen ist, ist wohl mehr als wahrscheinlich; irreführend ist es jedoch, alle Fieberfälle ohne objektiven Befund dieser Rubrik unterzuordnen.

Der Begriff „Puerperalfieber" ist heutigen Tages infolge der Fortschritte auf bakteriologischem Gebiet schwerer zu präzisieren, denn je zuvor. Nach der Definition von Olshausen sollen wir Puerperalfieber nur solche Erkrankungen von Wöchnerinnen nennen, welche durch septische Mikroorganismen, einschließlich der gewöhnlichen, nur als Saprophyten im Genitalkanal existierenden Anaeroben, bedingt werden, einerlei, ob dabei eine Infektion im engeren Sinne oder eine Intoxikation zustande kommt.

In unseren 67 Fällen von Temperatursteigerung, in denen der gleichzeitig bestehende eitrige und übelriechende Ausfluß auf eine Infektion oder zum mindesten auf eine Zersetzung der Lochie durch Fäulnisbakterien hindeutet,

wäre also der Ausdruck „Puerperalfieber“ in der Mehrzahl der Fälle am Platze.

Von den 3052 entbundenen Frauen waren 1756 Erst-, 1296 Mehrgebährende. Kunsthilfe wurde in 277 = 8,9% aller Fälle angewandt, und zwar wurden entbunden:

	Frauen	% aller Fälle.
durch Zange	111	3
„ Wendung	57	1,5
„ Metreuryse	21	0,6
„ Perforation	16	0,4
„ Extraktion	31	1,0
„ vaginalen Kaiserschnitt	17	0,4
„ abdominalen Kaiserschnitt	21	0,6
„ Decapitatio	2	0,08
„ Symphysiotomie	1	0,03

Ein durch die Zange entbundener Fall ging, wie bereits bei der Mortalität erwähnt, an Sepsis puerperalis zugrunde.

Zwei durch die Wendung entbundene Frauen erkrankten an Uterusruptur und starben an den Folgen dieser Verletzung.

Ein durch Metreuryse behandelter Fall starb an Sepsis puerperalis.

Eine Frau, die durch den vaginalen Kaiserschnitt entbunden wurde, starb in den letzten Phasen der Operation an Herzschwäche.

Ein Fall von abdominalem Kaiserschnitt, der durch einen Bauchdeckenabszeß kompliziert wurde, konnte erst am 51. Tage entlassen werden.

Im übrigen machten von den 277 durch Kunsthilfe entbundenen Frauen 109 = 71% ein normales Wochenbett durch. Die übrigen 78 Fälle, von denen sechs die eben aufgezählten Erkrankungen aufwiesen, hatten einen verzögerten Wochenbettverlauf. Und zwar dieser durch ein- oder mehrmalige Temperatursteigerungen bedingt. Es fieberten:

von den durch

Zange	Entbundenen	29	= 23%
Wendung	„	20	= 40%
Metreuryse	„	4	= 20%
Perforation	„	6	= 30%
Extraktion	„	7	= 26%
vaginalen Kaiserschnitt	„	7	= 42%
abdominalen Kaiserschnitt	„	6	= 26%
Decapitatio	„	2	= 100%.

Eine manuelle Lösung der Placenta mußte in 23 Fällen ausgeführt werden, von denen 12 mit mehrmaliger Temperatursteigerung im Wochenbett reagierten.

Austastung und Uterusspülung fand in 37 Fällen statt, von denen 12 im Wochenbett fieberten.

Von 26 Frauen, bei denen der Credé'sche Handgriff zur Entfernung der Placenta angewandt wurde, fieberten 7 im Wochenbett.

Zwei Fälle von Eklampsie, bei denen die Decapsulatio renum zur Ausführung kam, starben kurz nach der Operation.

Bei der großen Mehrzahl der in unserer Anstalt entbundenen Frauen wurde die übliche, am Eingang dieser Arbeit beschriebene Desinfektion vorgenommen.

Ohne Desinfektion, wegen Mangels der zur Vorbereitung notwendigen Zeit, wurden insgesamt 196 Frauen entbunden. Von diesen machten 171 ein normales Wochenbett durch, 25 reagierten mit Temperatursteigerungen.

Verletzungen an den Genitalien kamen 286 mal vor, und zwar:

Uterusruptur 2 mal,
Cervixrisse 21 mal,
Scheiden- und Dammrisse 263 mal.

Die beiden Uterusrupturen endeten, wie schon mehrfach erwähnt, letal.

Von den 21 Cervixrissen wurden 19 per primam geheilt, 2 machten eine längere Wundbehandlung nötig.

Von 263 Scheiden- und Dammrissen heilten 246 per primam, 17 Frauen, bei denen sich Fieber und Vereiterung der primären Naht einstellte, konnten erst nach längerer Behandlung entlassen werden.

In neun Fällen mußte eine Episiotomie vorgenommen werden; alle diese Fälle heilten reaktionslos.

Bei der Statistik habe ich die schlecht geheilten Dammrisse und Kaiserschnitte unter den Temperaturfällen mitgerechnet.

Zum Schluß erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Franz für Ueberweisung dieser Arbeit und des erforderlichen Materials, sowie für gütige Unterstützung meinen Dank auszusprechen.

Literatur.

Böhr, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1878.

Ehlers, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 41.

Fehling, Die Physiologie und Pathologie des Wochenbetts.

Fromme, Die Physiologie und Pathologie des Wochenbetts.

Olshausen, Zentralblatt für Gynäkologie 1889, S. 5.

van Tussenbrock, Kindbettsterblichkeit in den Niederlanden. Archiv für Gynäkologie, Bd. 59, Heft 1.

Unterberger, Die Sterblichkeit im Kindbett im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin in den Jahren 1886—1909. Archiv für Gynäkologie, Bd. 59, Heft 1.

Velde, Archiv für Gynäkologie, Bd. 55.

Lebenslauf.

Ich, Kurt Otto Hermann Walther, wurde am 20. Juni 1886 als Sohn des Rechnungsrates Leutnant a. D. Otto Walther zu Berlin geboren. Ich besuchte vom 6. bis 18. Lebensjahre die Vorschule und das Königliche Friedrich Wilhelms-Gymnasium zu Berlin, wo ich Ostern 1905 die Reifeprüfung bestand. Vom 1. April bis 30. September 1905 diente ich als Einjährig-Freiwilliger im Kaiser Alexander-Garde-Grenadier-Regiment No. 1. Bis zum 1. März 1910 war ich Studierender an der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militär-ärztliche Bildungswesen, von welchem Tage ab ich ein Jahr als Unterarzt an der Königlichen Charité zu Berlin tätig war. Am 7. Juli 1911 erledigte ich die medizinische Staatsprüfung; am 18. Oktober 1911 wurde ich durch Allerhöchste Kabinettsordre zum Assistenzarzt im 3. Lothringischen Infanterie-Regiment No. 135 ernannt.